

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1957

THÈSE

N° 916

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Jean KOLF

Né le 29 Août 1928 à VINEUX-les-SABLONS (Seine-&-Marne)

présentée et soutenue publiquement le

**A PROPOS
DE LA CONSERVATION DES DENTS
DANS LES FOYERS DE FRACTURE
DE LA RÉGION INCISIVE**

Président : Monsieur M. DECHAUVE (Professeur)

D. P. TAIB

8, Rue Casimir-Delavigne
PARIS - VI

1957

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--

Année 1957

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Jean KOLF

Né le 29 août 1928 à Vineux-les-Sablons
(Seine & Marne)

--

Présentée et soutenue publiquement
le

--

A PROPOS DE LA CONSERVATION DES DENTS
DANS LES FOYERS DE FRACTURE
DE LA REGION INCISIVE

--

Président : Monsieur M. DECHAUME (Professeur)

--

D.P. TAIB
8, rue Casimir Delavigne
PARIS
1957.



PROFESSEURS HONORAIRES

MM. BENARD, BROcq, CADENAT, CHABROL, CHAMPY,
CHEVALLIER, CHEVASSU, DEBRE, DELBET, DONZELOT,
GASTINEL, GUILLAIN, HALPHEN, HARVIER, HAZARD,
HEUYER, LAROCHE G., LAUBRY, LEMAITRE, LEVY-SOLAL,
LHERMITTE, LIAN, LOEPER, MARION, MATHIEU, MOCQUOT,
MONDOR, MONOD, MULON, OLIVIER, OMBREDANNE, STROHL,
TANON, VELTER.

DOYEN Léon BINET
Membre de l'Institut
ASSESEUR Jean VERNE

I.- PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER
Anatomie pathologique	DELARUE
Bactériologie	FASQUELLE
Biologie app. à l'Education phys. et aux Sports	} CHAILLET-BERT
Biologie Médicale	FAUVERT
Cancérologie méd., sociale	BERNARD J.
Carcinologie	REDON
Chimie Méd.	JAYLE
	{ Hôtel-Dieu MENEGAUX
Clinique Chir.	{ Salpêtrière MOULONGUET
	{ Cochin QUENU
	{ Beaujon SICARD
Clinique Chir. cardio-vasculaire	G. d'ALLAINES
Clinique Chir. réparatrice et orthop.	} MERLE d'AUBIGNE
Clinique de Cardiologie	MOUQUIN
Clinique Chir. infantile et d'orthop.	} FEVRE
Clinique Chir. pleuro-pulm.	MATHEY
Clinique de la Tuberculose	BERNARD Et.
Clinique de neuro-chir.	PETIT-DUTAILLIS
Clinique de Puéricult.	LELONG
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	} DEGOS
Clinique des mal. du sang	MARCHAL
Clinique mal. du système nerv.	ALAJOUANINE
Clinique des maladies des enf.	CATHALA
Clinique des maladies infectieuses	MOLLARET

Clinique des Maladies mentales et de l'encéphale	} DELAY
Clinique du diabète sucré et des maladies de la nutrition	} BOULIN
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO
	{ BARIETY
Cliniques Médicales	{ JUSTIN-BESANÇON
	{ MOREAU
	{ de GENNES
Clinique Méd.hydro-climat.thérap.	DEBRAY
Clinique médicale propédeutique	{ PASTEUR-VALLERY
	{ RADOT
Cliniques obstétricales	{ LANTUEJOUL
	{ VARANGOT
	{ LACOMME
Clinique ophtalmologique	RENARD
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBIN
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX
Clinique rhumatologique	COSTE
Clinique stomatologique	DECHAUME
Clinique urologique	FEY
Embryologie	GIROUD
Génétique	LAMY
Histoire de la Méd. et de la Chir.	SOULIE
Histologie	VERNE
Hygiène et Clinique lère Enfance	TURPIN
Hygiène et Méd. Préventive	JOANNON
Médecine du Travail	DESOILLE
Médecine Légale	PIEDELIEVRE
Parasitologie et hist.nat.Méd.	GALLIARD
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE
Pathologie exotique	LAVIER
Path. expérimentale et comparée	LENEGRE
Path. Hum. et Immun. exp.	MERKLEN
Pathologie médicale	DECOURT
Path. et Thérapeut. générales	GARCIN
Pédiatrie sociale	JULIEN MARIE
Pharmacologie et matière méd.	CHEYMOL
Physico-chimie méd.	N...
Physiologie	BINET
Physique médicale	DOGNON
Problèmes alimentaires (ch.t.pers.)	HAMBURGER
Radiologie médicale	DESGREZ
Technique chirurgicale	PATEL
Thérapeutique	BROUET
Thérapeutique chirurgicale	SENEQUE
Thérapeutique médicale	LEMAIRE

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES ET AGREGES

MM.		MM.	
Anatomie	(CABROL DEBEYRE DELMAS OLIVIER G.	(DUBOST FAUREL FLABEAU GERMAIN GOSSET LAURENCE LORTAT-JACOB OLIVIER (Cl.) POILLIEUX THOMERET VERNE (J.M.)	
Ana.Path.	(Melle GAU- THIER V. BUSSE GOUYGOU	Pat. chir.	
Bactério- logie	(CHRISTOL NEVOT		
Biol. Méd.	BOURLIERE		
Chimie méd.	(ETTORI POLONOVSKI J.	Pat.expéri- ment.	(MAURICE LOEPER
Dermato-syph.	DUPERRAT		(BOUVIER BOUDIN BRICAIRE BRISSAUD CASTAIGNE CONTE DEROT DOMART LAMOTTE LAROCHE MACREZ MILLIEZ PEQUIGNOT PERRAULT RAMBERT ROYER THIEFFRY TURIAF WOLFROMM
Embryologie	TUCHMANN		
Histologie	(COUJARD N.		
Hydrologie	CORNET		
Hygiène	(BOYER DEPARIS		
Mal.infect.	BASTIN		
Médecine)	(DEROBERTE légale et (GAULTIER du Trav.) (HADENGUE	Path.Med.	
Neurochir.	DAVID		
Neurologie	LHERMITTE (GRASSET LE LORIER LEPAGE MERGER MORIN RAVINA ROBEY		
Obstétrique			
Ophtal- mologie)	(BREGEAT DESVIGNES	Pédiatrie	(POLONOVSKI Cl. MOZZICONACCI JOSEPH
Orthopédie	JUDET	Pharmacol.	Melle LEVY
Oto-rhino- laryngol.)	(AUBRY MADURO		(BARGETON DEJOURS PARROT
Parasito.	FRUMPT	Physiol.	
Parasito.col.	CHABAUD (ABOULKER BARCAT BAUMANN CAUCHOIX	Physique } Médicale } Pneumo-phtis. Psychiatrie	(DJOURNO GOUGEROT KREIS BARUK PICHOT

	MM.		MM.
Psych.infant.	N...	Urologie	KUSS
Rhumatologie	DELBARRE	Thérapeut.	CHASSAGNE
Stomato.	{ CHAPUT Mme		
	{ CERNEA		

III.- PROFESSEURS HONORAIRES
ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE
pour le Service des Examens

M. LE LORIER.

IV.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET
AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
A TITRE PERMANENT

	MM.		MM.
	{ AMELINE	Urologie	N...
	{ HUGUIER		{ DREYFUS
Clin.Chir.	{ LEGER	Clinique Méd.	{ HAGUENAU
	{ PADOVANI		{ KOURILSKY
	{ ROUX		
Clinique)	{ ECALLE		
obstét.)	{ MAYER		
Clin.opht.	OFFRET		

Secrétaire de la Faculté M. MOREL
Secrétaire-Adjoint Melle CHAINTREUIL

Bibliothécaire en Chef Dr HAHN
Conservateur Melle GOICHON
Bibliothécaires { Melles DUMAITRE
LE NOIR
LAURENT
QUIEVREUX

Par délibération en date du 9 décembre 1798,
l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les
dissertations qui lui seront présentées, doivent
être considérées comme propres à leurs auteurs
et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation
ni improbation.

A mes Parents,

avec toute ma reconnaissance et
mon affection.

A ma Femme,

avec toute ma tendresse.

A mes Enfants,

A mes Amis.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A notre Président de Thèse

Monsieur le Professeur M. DECHAUME

Professeur de Clinique Stomatologique
à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie Nationale de
Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

A qui nous sommes très reconnaissant pour l'honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

Qu'il veuille trouver ici l'assurance de notre respectueuse gratitude.

A Monsieur le Docteur BATAILLE

Stomatologiste des Hôpitaux de Paris

Qui nous a fait l'honneur de nous
inspirer cette thèse et dont
la bienveillance nous a été
précieuse.

Qu'il trouve ici l'hommage de no-
tre sincère gratitude.

A Messieurs les Docteurs BEAL
GRELLET
GRIGNON
LACAISSÉ
LATTES
THIBAUT

Stomatologistes des Hôpitaux

Qui nous ont accueilli dans
leur service avec tant de
bienveillance.

A nos Maîtres de la Faculté de Médecine
de Paris.

A Monsieur R. RIGOLET

Professeur à l'Ecole Dentaire de Paris

A qui nous devons tant,¹

Qu'il trouve ici l'assurance de
notre respectueuse affection
et de notre profonde reconnais-
sance.

A Monsieur GOUBARD

En témoignage de notre reconnais-
sance,

A PROPOS DE LA CONSERVATION DES DENTS
DANS LES FOYERS DE FRACTURE DE LA REGION INCISIVE

-:-

INTRODUCTION

-:-

Nous n'étudierons dans ce travail que les traumatismes du bloc incisif avec fractures alvéolaires intéressant une ou plusieurs dents susceptibles d'être conservées sur l'arcade.

Très fréquemment dans les fractures alvéolaires on a recours à une règle simple et définitive : l'extraction systématique de la dent adjacente.

Deux buts doivent être recherchés :

1° Le résultat fonctionnel.

2° Le résultat esthétique.

I.- Le résultat fonctionnel, puisque l'on sait que :

D'une part, la perte des rapports d'occlusion normale peut causer une gêne définitive.

D'autre part, la formation toujours possible de brides cicatricielles au niveau du vestibule peut gêner considérablement l'établissement correct d'une prothèse de remplacement.

II.- Le résultat esthétique.

Sachant le rôle que jouent les maxillaires dans le contour normal du visage, on peut juger que le danger esthétique n'est pas discutable.

Un facteur risque d'entraver la réalisation parfaite du traitement conservateur. C'est le

problème de l'infection avec son corollaire :
la séquestration osseuse.

En effet, la séquestration du rebord alvéolaire entraîne une perte des éléments de soutien de la dent et, par voie de conséquence, son élimination presque certaine.

C'est pourquoi l'extraction systématique a toujours été considérée comme une loi thérapeutique à ne transgresser que dans des cas exceptionnels.

Dans notre travail, après un bref rappel historique où nous essayons de retracer l'évolution des idées sur ce problème, nous examinerons successivement :

1° Les aspects particuliers, cliniques, étiologiques ou anatomopathologiques de ces fractures alvéolaires.

2° Les conditions imposées par le problème de la conservation des dents et, en particulier, la lutte contre l'infection.

3° Les observations.

Nous verrons ensuite :

4° Les problèmes posés :

Par le diagnostic de ces lésions.

Par leur traitement, tant du point de vue maxillaire que dentaire.

Enfin, nous reprendrons, dans une étude statistique, nos observations, ce qui nous permettra de dégager les indications et contre-indications de la conservation des dents.

RAPPEL HISTORIQUE

— : —

Il est nécessaire d'envisager parallèlement l'évolution de l'opinion de ce problème :

- 1° Dans les fractures en général.
- 2° Dans les fractures alvéolaires.

En effet, les auteurs ne se sont intéressés aux fractures alvéolaires que sous l'aspect de formes cliniques un peu négligées ; et s'ils traitent de la conservation des dents au niveau des foyers de fracture, c'est presque toujours aux fractures complètes qu'ils se réfèrent.

I. - Dans les fractures en général.

1931. Gérard MAUREL conseille l'extraction systématique.

1935. PONSAY et PSAUME reprennent ces arguments : "Toute dent dont l'alvéole est intéressé par le trait de fracture doit être extraite, soit immédiatement du fait de sa mobilité accentuée ou d'accidents aigus, soit plus tard, parce qu'elle retarde ou entrave la consolidation".

Ils atténuent cependant ce principe exclusif et admettent que "en l'absence d'accidents aigus et si la mobilité n'est pas trop importante, il faut temporiser lorsque l'arcade dentaire est intacte et qu'elle risque de subir une déformation du fait de l'extraction".

1941. ROCHETTE revient à l'opinion classique et à l'intransigeance.

1942. AUBRY et FREIDEL adoptent une tendance plus conservatrice.

On ressentait donc l'utilité de conserver, malgré la hantise de l'infection, et la voie semblait s'ouvrir à l'idée de conservation en même temps que se précisaient les possibilités de la lutte anti-infectieuse.

1947. BATAILLE affirme : "Il est mauvais d'ouvrir de nouvelles cavités osseuses dans une bouche septique. Il est mauvais d'imprimer de nouveaux efforts à des os déjà meurtris. Il faut aussi être économe de dents qui serviront plus tard."

Ainsi, aidé par les antibiotiques et par une technique plus correcte des traitements radiculaires, on ne craint plus que la mortification des dents situées dans le trait de fracture amène une diffusion de l'infection péri-apicale ; que les canaux à pulpe gangrénée deviennent très rapidement des réservoirs microbiens, origine d'ostéites et de séquestres. On les traite avant.

1954. GOUBARD publie son article du Congrès d'Oran sur la thérapeutique conservatrice.

BUDIN, dans sa thèse, admet lui aussi que ces dents "ne sauraient être éliminées que complètement mobiles, libérées de toutes leurs insertions ou si elles sont à l'origine d'une lésion infectée, kyste ou ostéite. Encore, dans ce genre de lésions chroniques, la dent peut être avantageusement conservée jusqu'au début de la consolidation osseuse. L'avulsion intempestive d'une dent entraîne un raccourcissement de l'arc dans sa partie alvéolaire qu'il vaut

mieux éviter de provoquer."

1956. REGNIER fait, dans sa thèse, une mise au point de la question et conclut à la conservation souhaitable.

II.- Dans les fractures alvéolaires.

Comme nous l'avons déjà noté, il est rare que les auteurs se soient préoccupés de ce genre de lésions.

Pour Gérard MAUREL, les fractures alvéolaires n'offrent aucun intérêt. Il ne considère, il est vrai, que celles survenues au cours d'extractions.

ROCHETTE préconise l'extraction systématique, comme dans les autres cas.

1942. AUBRY et FREIDEL réagissent devant cette attitude. "Il ne faut pas céder à la tentation d'enlever immédiatement le fragment fracturé. Il faut au contraire le remettre en place et surveiller."

1949. Le Professeur DECHAUME revient sur les possibilités de conservation et distingue :

- Les lésions du maxillaire supérieur où "une immobilisation permet, plus souvent qu'au maxillaire inférieur, la consolidation."

- Les lésions du maxillaire inférieur où "souvent, du fait de l'infection, venue par voie muqueuse ou dentaire, on est conduit à enlever le fragment et les dents mobiles."

Il existe donc un certain parallélisme dans l'évolution thérapeutique des fractures totales et alvéolaires. Pourtant la conservation des dents dans les fractures alvéolaires provoque plus de réticences. Il nous faut maintenant en chercher les raisons.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

-:-

Nous aurons à considérer ici :

Les lésions osseuses.

Les lésions dentaires.

Puis à en tirer les conséquences du point de vue thérapeutique.

I.- Les lésions osseuses.

Il faut savoir tout d'abord que la portion alvéolaire des maxillaires joue un grand rôle dans la nutrition et la vitalité des dents mais que, classiquement, elle a peu de facultés de régénération propre. Encore est-ce un peu différent suivant le maxillaire considéré.

1° Au maxillaire inférieur

Le rebord alvéolaire interne, plus épais et plus résistant que l'externe, est rarement fracturé.

Sur le rebord alvéolaire externe, les fractures peuvent être limitées à une ou deux alvéoles.

Le plus souvent elles sont localisées aux bourgeons incisifs, englobant les incisives et les canines.

Le caractère essentiel de ces fractures est d'être limité en hauteur. Elles lèsent simplement le rempart alvéolaire. Même si elles s'étendent très bas, elles laissent subsister une baguette osseuse sur le bord basilaire.

2° Au maxillaire supérieur.

La fracture est généralement plus importante et le choc peut déterminer un enfoncement du massif osseux qui supporte les quatre incisives.

II.- Les lésions muqueuses.

Toutes les fractures qui intéressent le rebord alvéolaire s'accompagnent d'une déchirure de la fibromuqueuse gingivale, ce qui les transforme en fractures ouvertes et les expose à l'infection.

III.- Les lésions dentaires.

Si nous reprenons les publications traitant de la conservation des dents dans les traits de fracture nous constatons que tous les auteurs admettent la mortification comme fatale.

En fait, et certaines de nos observations le prouvent, ces dents peuvent rester vivantes.

Les dents peuvent donc être :

- luxées
- mortifiées
- fracturées
- ou vivantes.

a) Les fractures dentaires :

Peut-on espérer une consolidation des fragments ? Cette question a été particulièrement controversée et l'accord n'est pas encore fait ainsi qu'en témoignent les récentes communications de MARMASSE et de DELIBEROS. Il y a discussion non seulement sur l'existence de la consolidation mais surtout sur son mécanisme éventuel. La consolidation trouve-t-elle son

origine dans la pulpe, dans le ciment ou dans les deux tissus simultanément ? Il est difficile de conclure de façon formelle. Pour conclure, il faudrait mettre en évidence, histologiquement, le cal avec rétablissement de la continuité tissulaire. "Pour juger ce problème, il faut se rappeler les données précisées par LERICHE. La consolidation se fait dans un foyer de fracture lorsque sont mis en oeuvre les processus suivants :

Formation d'un hématome inter et périfragmentaire.

Transformation de l'hématome en tissu conjonctif embryonnaire.

Raréfaction des extrémités osseuses par vasodilatation.

Surcharge calcique locale.

Dans un os la circulation n'est pas assurée uniquement par une artère centrale. De nombreuses artères donnent une irrigation supplémentaire par voie périostée...

Il n'en va pas de même dans les dents. Il existe un seul pédicule axial. Ce pédicule est fragile à son entrée dans l'apex. Ainsi, le plus souvent, les deux fragments sont privés de circulation axiale. Comme, d'autre part, la circulation périphérique par voie ligamentaire n'existe pas ou est extrêmement faible, la dent se trouve privée de circulation.

Enfin, la circulation à l'intérieur de la dentine ne saurait être comparée à celle du tissu osseux. Elle est pour ainsi dire nulle. Ceci explique pourquoi la résorption des fragments et leur consolidation demeurent si exceptionnelles. Dans les cas de consolidation

publiés, la circulation avait subsisté dans la pulpe.

Ceci montre qu'il serait vain de chercher la consolidation des fragments radiculaires après dévitalisation, même après mise en place d'un pivot fileté, pour chercher à les rappeler" (DECHAUME).

b) Il reste à considérer une forme spéciale, qui est celle des traumatismes chez l'enfant.

Souvent négligés, ils peuvent pourtant être cause de dysplasies des dents permanentes par action directe du traumatisme sur le germe. Ces dysplasies, coronaires ou radiculaires, peuvent amener la rétention ou l'évolution ectopique de la dent. C'est dire que, chez l'enfant, la présence des germes dentaires commande une surveillance rigoureuse pour éviter leur expulsion ou leur déviation.

RAPPEL CLINIQUE

-:-

Les fractures alvéolaires sont des fractures partielles localisées au point d'application du traumatisme.

I.- ETIOLOGIE

Elles relèvent presque toutes d'accidents de la circulation : chutes de bicyclette
accidents de moto ou de scooter
collision de voitures automobiles.

Certaines, plus rares, ont pour origine la pratique sportive : boxe
foot-ball
rugby.

II.- PATHOGENIE

Le plus souvent, elles sont dues à un choc direct sur une dent ou un groupe de dents.

Parfois, et essentiellement au maxillaire supérieur, elles succèdent à un choc indirect, les dents inférieures venant buter contre leurs antagonistes.

III.- CLINIQUE

A la suite d'un traumatisme, le blessé accuse :

- a) une impotence fonctionnelle,
Gêne plus ou moins importante à la phona-

tion, plus marquée à la mastication.

Une douleur souvent intense, spontanée.

b) A l'examen, on note :

- Que l'arcade dentaire n'a pas conservé sa courbure normale.

- Que l'engrènement des dents des deux maxillaires ne se fait plus correctement. Il en résulte une béance incisive plus ou moins marquée.

La muqueuse souvent déchirée, maintient les dents en place, mais la simple pression de la langue par exemple suffit à imprimer une notable mobilité du bloc dentaire luxé.

Les dents antérieures sont douloureuses, mobiles, déplacées ou même luxées.

Le diagnostic est souvent délicat avec la luxation dentaire sans fracture osseuse. Il sera aidé par la radiographie qui montrera, souvent malaisément, le trait de fracture alvéolaire.

On complétera l'examen par la recherche de la vitalité pulpaire par les agents thermiques ; les résultats de ce test sont très variables.

IV.- Parmi les formes cliniques, il faut retenir surtout l'enfoncement du massif osseux supportant les quatre incisives supérieures.

Les formes de l'enfant dont nous verrons plus loin l'importance.

LES ELEMENTS DEFAVORABLES
AU TRAITEMENT CONSERVATEUR

-:-

Les quelques considérations étiologiques précédentes amènent à penser que la fréquence des fractures alvéolaires est assez considérable.

En effet, nous avons pu réunir, en six mois, une douzaine d'observations.

Ces fractures sont presque aussi nombreuses que les fractures du corps du maxillaire inférieur. Et ce sont les lésions de beaucoup les plus fréquentes au maxillaire supérieur.

Ce fait peut surprendre car elles sont négligées dans la littérature. On ne trouve que peu de renseignements dans les livres classiques.

D'où vient donc le désintérêt pour cette question ? Des nombreux éléments défavorables au traitement conservateur. Eléments d'ordre :

- clinique,
- anatomique,
- technique.

I.- LES RAISONS CLINIQUES

Ce sont des fractures peu graves par rapport aux gros traumatismes de la face. Il est rare que, chez un malade, blessé dans un accident de la circulation par exemple, cette lésion ne passe pas au second plan par rapport à une fracture des os propres du nez, du malaire ou du maxillaire inférieur. On est alors tenté de la négliger au profit de ces troubles plus importants.

II.- LES RAISONS TECHNIQUES

On néglige d'autant plus volontiers ces lésions alvéolaires que l'absence des incisives et des canines sera, plus ou moins facilement, corrigée par une prothèse.

Les progrès de la prothèse, qu'il s'agisse de bridges ou d'appareils à plaque, ont permis de telles reconstitutions de l'arcade qu'il a souvent semblé plus facile d'extraire que de tenter une conservation aléatoire.

III.- LES RAISONS ANATOMIQUES

Que les lésions intéressent l'os, la muqueuse ou la dent, ce sont ces éléments anatomiques qui ont largement contribué à la mauvaise renommée de ces fractures.

1° L'os alvéolaire.

La table externe des maxillaires est mince, fragile. Au maxillaire inférieur, elle est mal irriguée, par une vascularisation de type terminal.

Les esquilles entravent considérablement la consolidation et les risques de séquestration paraissent grands.

La réduction est souvent difficile, moins toutefois que la contention.

2° La muqueuse.

La minceur de la fibro-muqueuse, sa fragilité, ne permettent pas de recouvrir parfaitement l'os lors des sutures. Elle peut se rétracter et laisser l'os dénudé, créant une voie libre à l'infection.

D'ailleurs toutes les fractures qui intéressent le rebord alvéolaire s'accompagnent d'une déchirure de la fibro-muqueuse gingivale, ce qui les transforme d'emblée en fractures ouvertes et les expose à l'infection.

Enfin la réduction et la contention ne se conçoivent qu'avec des attelles et des ligatures, facteurs supplémentaires d'irritation et de lésions des lèvres et des gencives.

3° Les dents.

Elles peuvent être luxées ou fracturées. On se trouve souvent en présence de dents partiellement avulsées, dont l'extrusion est difficile à réduire et surtout à contenir.

La création de ce mauvais articulé dentaire peut entretenir une mobilité des fragments, provoquant secondairement une séquestration.

Quant aux fractures dentaires, elles constituent presque toujours une indication à l'extraction.

Ou bien la fracture est coronaire : on est alors tenté d'enlever une dent qui peut avoir perdu sa valeur fonctionnelle et esthétique et dont l'avenir est compromis du fait du traumatisme.

Ou bien la fracture est radiculaire et l'on peut avec raison s'inquiéter de cette portion de racine, ou de cet apex isolé dans un os perturbé physiologiquement.

Tous ces problèmes, souvent délicats à résoudre, s'opposent à la solution prothétique, simple et rapide, souvent efficace.

Si l'on ajoute à tous ces risques celui de

l'infection, commun à toutes les fractures, on admettra que l'extraction simplifie beaucoup le problème.

IV.- L'INFECTION.

Elle peut avoir ici une origine double non seulement par voie muqueuse, à la faveur de la plaie qui est constante.

Mais aussi, et surtout, par voie dentaire, après mortification pulpaire.

Il ne faut pas, en outre, négliger le rôle des troubles trophiques et des désordres vasomoteurs avec oedème dont la surinfection est possible.

Tout ceci explique avec éloquence la position des auteurs devant une fracture alvéolaire : ablation de la portion osseuse fracturée et avulsion des dents intéressées.

INTERET DU TRAITEMENT CONSERVATEUR

-:-

En présence d'une fracture alvéolaire du bloc incisif, nous nous trouvons, pour conserver les dents en place, devant un triple impératif :

- fonctionnel
- esthétique
- médical.

I. - L'IMPERATIF FONCTIONNEL.

Il faut maintenir au maximum la valeur fonctionnelle de la denture. L'édenté partiel est déjà un infirme et l'on sait, d'après GUILLY, que la valeur fonctionnelle est diminuée de plus de 30 % avec une prothèse, même parfaite.

II.- L'IMPERATIF ESTHETIQUE.

Il est capital, puisqu'il s'agit ici de dents antérieures. Chez l'édenté incisif, les lèvres, sans soutien, s'effondrent, et les commissures labiales tombent, transformant la physionomie.

III.- L'IMPERATIF MEDICAL.

Comme nous l'avons vu, c'est en fait la lutte contre l'infection qui conditionne la réussite de la thérapeutique conservatrice.

C'est elle qui, men à bien, permet d'obtenir la réalisation des deux premiers impératifs.

Ce sont les difficultés de son application qui, au début, étaient à l'origine des hésitations.

Ici, comme en de nombreux autres domaines, les vaccins d'abord, les antibiotiques ensuite, ont souvent modifié les décisions.

En mettant à l'abri d'une poussée infectieuse, ils ont donné plus de force à la thérapeutique conservatrice.

C'est grâce à eux que la conservation des dents fut possible dans les observations qui suivent avec, souvent, des résultats surprenants.

OBSERVATIONS

-:-

I.- Nous adopterons , dans la présentation de nos observations un plan unique forcément un peu schématique, mais facilitant par là même, les comparaisons éventuelles.

Plan :

a) Circonstances de l'accident.

b) Examen :

- les lésions osseuses
- les lésions dentaires.

c) Le traitement opposé.

d) L'évolution.

e) Intérêt de l'observation.

II.- Par ailleurs, les observations ont été groupées selon les formes anatomiques des lésions osseuses en :

- Observations de fractures alvéolaires.
- Observations de fractures associées, alvéolaires et totales.
- Observations de fractures totales.

Il est en effet nécessaire de présenter quelques observations de fractures complètes qui nous permettront :

- de poursuivre le parallèle commencé avec le rappel historique.

- de souligner les analogies de la clinique
ou de la thérapeutique.

- d'accentuer les différences éventuelles.

-:-

OBSERVATIONS DE FRACTURES ALVEOLAIRES

-:-

OBSERVATION I

I.- Circonstances de l'accident :

Le 9 mai 1955, G. L., âgé de 15 ans, est heurté au cours d'un jeu, par un camarade.

Le coup porte sur la lèvre supérieure.

II.- Examen - On note :

a) Au point de vue maxillaire :

une plaie muqueuse de la gencive vestibulaire, étendue de la région médiane à la région pré-molaire supérieure gauche.

une fracture alvéolaire sous-jacente et confirmée par la radiographie.

b) A l'examen dentaire :

une luxation très marquée de DI GI G2. GI surtout est très mobile et accuse une égression importante.

L'examen montre en outre des troubles de l'articulé. Les incisives centrales inférieures sont totalement lingualées et immédiatement postérieures aux latérales. Le défaut d'occlusion est évident.

Les réactions des incisives supérieures aux

agents thermiques sont normales.

A la radiographie, on ne trouve pas de fracture dentaire.

III.- Traitement :

A l'hôpital Bichat, où il est transporté tout d'abord, on immobilise les dents avec des ligatures en échelle.

Le blessé est revue peu après, à Laennec. L'appareil de contention est laissé en place.

Le blessé est mis à la pénicilline.

IV.- Evolution :

Le 18 mai, on dépose les ligatures en échelle.

Les deux incisives centrales supérieures vestibulées, sont ramenées en bonne position par des ligatures.

Elles réagissent toujours parfaitement aux agents thermiques.

Le 28 Juin, les dents sont toujours vivantes.

Il est simplement procédé à un meulage de l'articulé pour atténuer le traumatisme occlusal.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture alvéolaire supérieure.

Traitée par contention simple et antibiotiques.

Il n'y a pas eu de traitement dentaire avant la consolidation.

Les dents sont restées vivantes.

°°°

OBSERVATION II

I.- Circonstances de l'accident :

Le 3 juin 1955, L... A..., âgé de 26 ans, heurte au cours d'un accident, le tableau de bord de sa voiture.

Le coup porte sur le menton.

II.- Examen :

On note :

a) Au point de vue maxillaire :

- Une ecchymose vestibulaire dans la région incisive et canine supérieure gauche.

- Une fracture alvéolaire sous-jacente, confirmée par la radiographie.

b) A l'examen dentaire :

- GI G2 G3 sont luxées et très mobiles.

- Elles ne réagissent pas aux agents thermiques.

- Il n'y a pas de fracture dentaire décelable à la radiographie.

III.- Traitement :

Immobilisation par une attelle vestibulaire au fil demi-jonc et des ligatures allant de la région prémolaire droite à la région prémolaire gauche.

IV.- Evolution :

Le 26 juin la mobilité des incisives a diminué mais elles ne répondent toujours pas aux agents thermiques.

Le 25 Août, on dépose les attelles.

Il persiste à cette date une très discrète mobilité. On pratique alors un meulage des bords incisifs. La consolidation est acquise peu après et les dents mortifiées sont traitées ultérieurement.

V.- Intérêt de l'observation.

Il s'agit d'une fracture alvéolaire supérieure.

Traitée par contention simple mais sans antibiotiques.

Il n'y a pas eu de traitement dentaire avant la consolidation malgré la mortification traumatique.

°°

OBSERVATION III

I.- Circonstances de l'accident :

Le blessé, âgé de 31 ans, est vu le 20 avril 1954 à la suite d'une rixe.

II.- Examen : On note :

a) A l'examen maxillaire :

- une plaie de la région vestibulaire supérieure, en regard des incisives.

- une fracture du bloc incisif supérieur, confirmée par la radiographie.

b) A l'examen dentaire :

- une luxation partielle de GI G2 DI.
- pas de réponse aux agents thermiques.
- pas de fracture dentaire.

III.- Traitement :

Le 24 avril, devant la difficulté de réduction du bloc incisif, on procède à la reposi-
tion sous anesthésie générale.

Les dents sont immobilisées avec des liga-
tures en échelle.

IV.- Evolution :

Le blessé sort le 24 Avril.

Il ne sera revu que le 4 Juillet 1955.

La fracture est consolidée.

Les dents mortifiées n'ont entraîné aucune complication.

Les traitements radiculaires sont entrepris sur le champ sans incident.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture alvéolaire supé-
rieure chez un blessé particulièrement récal-
citrant, puisqu'il a fallu attendre plus d'un
an pour pouvoir le réexaminer.

Fracture traitée par contention simple mais
sans antibiotiques.

Il n'y a pas eu de traitement dentaire avant
la consolidation, malgré la mortification.

Les dents mortifiées demeurèrent plus d'un
an sans être traitées.

OBSERVATION IV

I.- Circonstances de l'accident :

Le malade, âgé de 54 ans, est vu le 10 Juin 1955, à la suite d'un accident d'automobile (freinage brutal).

II.- Examen : On note :

a) A l'examen maxillaire :

- Une hémorragie par déchirure de la muqueuse alvéolo-linguale.
- une fracture du bloc incisif inférieur qui est vestibulé.
- La radiographie montre un trait horizontal passant à 1/2 centimètre du collet des dents.
- Deux traits verticaux passant à la face distale des canines droite et gauche.

b) A l'examen dentaire :

- Les incisives inférieures sont mobiles et douloureuses.
- Pas de réponse aux réactions thermiques.
- A la radiographie, une fracture apicale de gI.

III.- Traitement :

a) Le bloc incisif est remis en place manuellement et l'hémorragie s'arrête par cette réduction.

b) On maintient en bonne position par des ligatures en échelle.

c) Le malade est mis à la sanclomycine.

IV.- Evolution :

Le 16 juin, on pratique un meulage du bord incisif pour soulager l'articulé.

Les dents sont insensibles à ce meulage.

Le 4 juillet :

La fracture est consolidée.

On instaure le traitement dentaire :

- Résection apicale de gI.
- Pulpectomie sur g2 dI.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture alvéolaire inférieure.

Traitée par contention simple
antibiotiques

Il n'y a pas eu de traitement dentaire avant la consolidation malgré deux dents mortifiées et une fracturée.

°°

OBSERVATION V

I.- Circonstances de l'accident :

Le 24 août 1955, M... B..., 26 ans, est vu à la suite d'un accident de la voie publique. Le choc a porté directement sur le menton.

II.- Examen : On note :

a) A l'examen maxillaire :

- Une plaie linéaire de la face interne de la lèvre et du rempart alvéolaire inférieurs.

- Une fracture alvéolaire, déjetant le bloc incisif en dedans et confirmée par la radiographie.

b) A l'examen dentaire :

- Les dents ne sont pas mobiles séparément, mais elles se mobilisent en bloc avec le rebord alvéolaire fracturé.
- gI g2 dI répondent aux excitations thermiques.
- d2 semble mortifiée et ne répond pas.

III.- Traitement :

Le 25 Août, on pratique la réduction et la contention par arc vestibulaire et ligatures.

IV.- Evolution :

Le 27 Août, on pratique un meulage du bord incisif.

Le 2 Septembre, le malade est revu.

Le 25, on enlève les ligatures.

gI g2 dI sont toujours vivantes.

Le 2 octobre, d2, mortifiée, est traitée.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit là aussi d'une fracture alvéolaire inférieure.

Traitée par contention simple,

Sans antibiotiques .

Sans traitement dentaire avant la consolidation.

Trois dents sur quatre sont restées vivantes.

OBSERVATIONS DE FRACTURES ASSOCIEES

(Complètes et alvéolaires)

-:-

OBSERVATION VI

I.- Circonstances de l'accident.

P...F..., âgé de 25 ans, est amené le 8 avril 1955, à la suite d'un accident de moto.

II.- Examen : On note :

a) A l'examen maxillaire :

1° Une fracture totale, symphysaire, avec d'importants déplacements.

Infracclusion du fragment inférieur droit.

Déplacement postérieur et supérieur du fragment gauche.

2° Une fracture du rebord alvéolaire inférieur, s'étendant de la canine droite à la canine gauche.

b) A l'examen dentaire :

Les canines et les incisives inférieures sont mobiles en bloc mais ne présentent pas de mobilité individuelle.

On n'obtient aucune réponse aux excitations thermiques.

A la radiographie on note :

- Une fracture radiculaire des deux canines.
- L'existence de foyers apicaux anciens sur d2 dI gI g2, en rapport, semble-t-il, avec un traumatisme ancien.

III.- Traitement :

Le 12 Avril, on pratique :

Le blocage bi-maxillaire au niveau des molaires droites et gauches.

On pose des ligatures en échelle de g3 à d3

IV.- Evolution :

Le 16 Avril gI g2 présentent une légère extrusion. La ligature est resserrée.

Le 11 Juin, on supprime le blocage bi-maxillaire. La fracture symphysaire est consolidée.

Le 3 Juillet, on supprime les ligatures et on constate la consolidation de la fracture alvéolaire.

Le 5 Septembre, soit quatre mois après, une radiographie xde contrôle est pratiquée. Elle montre la stabilité des foyers apicaux.

Les jours suivants on pratique :

Une pulpectomie immédiate sur la canine inférieure gauche. Cette dent, bien que fracturée et ne répondant plus aux agents thermiques, restait normalement vascularisée.

La trépanation et l'alésage des canaux de d2 dI gI g2.

Le 15 Septembre, résections apicales sur les quatre incisives inférieures.

Le 22 Septembre, le malade est revu. Les sutures ont lâché. La fibromuqueuse est sphacélée au niveau des incisives. Les racines sont partiellement dénudées et les dents un peu mobiles.

Il semble que l'intervention sur les foyers apicaux risque d'anéantir les résultats obtenus.

Le malade est mis à l'auréomycine.

Dès le 26 Septembre, la cicatrisation s'opère.

Le 29 Octobre, on note l'élimination d'un petit séquestre au niveau de g2, qui semble compromise.

Cette dent sera pourtant maintenue en place et, le 20 Décembre, sa consolidation est acquise.

Le résultat est satisfaisant pour les autres dents.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit de l'association d'une fracture totale symphysaire et d'une fracture du rebord alvéolaire inférieur.

Traitée et guérie par contention simple.

Sans antibiotiques.

Sans traitement dentaire avant consolidation, malgré l'existence de foyers apicaux.

Le traitement dentaire secondaire (résections apicales) a failli compromettre le résultat favorable qui ne fut obtenu qu'avec la mise aux antibiotiques.

OBSERVATION VII

I.- Circonstances de l'accident :

Il s'agit ici d'un polytraumatisé qui, le 3 Août 1955, est hospitalisé à la suite d'une chute de la hauteur d'un pylone électrique.

Il est relevé avec des fractures tibiales, fémorales, lombaires et maxillo-faciales.

II.- Examen :

a) A l'examen maxillaire, on trouve :

- une fracture de l'angle droit,
- une fracture paramédiane gauche entre g2 g3
- une fracture du rebord alvéolaire dans la région incisive.

b) A l'examen dentaire :

- g1 g2 sont mobiles et ne répondent pas aux agents thermiques.
- g3 est vivante.
- On ne trouve pas de fracture radiculaire à la radiographie.

III.- Traitement :

Il ne sera commencé que le 29 août en raison des lésions associées.

A cette date, on pose :

- un arc vestibulaire au maxillaire supérieur,
- deux arcs inférieurs, laissant libre la région incisive.
- Cette région reçoit une ligature en échelle.
- On opère alors le blocage.

IV.- Evolution :

Le 3 octobre, on supprime le blocage bi-maxillaire mais on conserve les arcs et la ligature du maxillaire inférieur.

Le 10 octobre, le malade est revu.

A l'examen dentaire, on n'obtient aucune réaction au niveau de gI g2.

Le 20 octobre, les arcs inférieurs sont enlevés. La consolidation est acquise.

Le 3 novembre, on trépane gI g2 et on pratique pulpectomie et obturation des canaux.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture mixte, totale et alvéolaire, du maxillaire inférieur.

Traitée par contention simple au 26ème jour et antibiotiques.

Les dents sont mortifiées mais il n'y a pas eu de traitement dentaire avant la consolidation.

° °

OBSERVATION VIII

I.- Circonstances de l'accident :

Le 18 juin 1955, M... C... est amené dans le service à la suite d'une chute sur la face.

II.- Examen :

A l'examen maxillaire, on trouve :

a) au maxillaire inférieur :

- une fracture du condyle droit,

- une fracture parasymphysaire gauche dont le trait passe entre g1 et g2.

b) au maxillaire supérieur :

- une fracture alvéolaire en regard de G1 G2 G3.

A l'examen dentaire :

- g1 g2 sont vivantes.
- G1 G2 G3 sont douloureuses, partiellement luxées, mais vivantes.

III.- Traitement :

Le 21 juin on pose :

- une ligature en échelle au maxillaire supérieur, entre G4 et D5.
- des ligatures d'IVY au maxillaire inférieur.
- Puis on opère la réduction et le blocage bi-maxillaire.

IV.- Evolution :

Le 28 juillet, les ligatures sont déposées.

Le 3 septembre, le malade est revu :

l'articulé est correct,
les dents vivantes.

Le 10 octobre g1 et g2 sont toujours vivantes.

G1 G2 et G3 également.

Il persiste toutefois une légère mobilité de G1. On pratique un meulage pour soulager l'articulé.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture totale inférieure

et d'une fracture alvéolaire supérieure.

Traitées par contention simple ;
Sans antibiotiques.

Il n' y a pas eu de traitement dentaire et
les dents sont restées vivantes.

-:-

OBSERVATIONS DE FRACTURES COMPLETES

Sans fractures alvéolaires

-:-

OBSERVATION IX

I.- Circonstances de l'accident.

Le 10 Mai 1954, Z... B..., âgé de 29 ans, est hospitalisé après un accident de la circulation au cours duquel il a heurté du menton le volant de sa voiture.

II.- Examen :

A l'examen maxillaire, on trouve :

- une fracture sous-condylienne basse à droite,
- une fracture paramédiane gauche. Le trait, oblique en bas et en arrière, passe entre la latérale et la canine.

A l'examen dentaire :

- gI et g2 sont vivantes mais mobiles.
- g3 ne répond pas aux excitations thermiques.
- La radiographie intra-buccale montre une fracture apicale de g3.

III.- Traitement :

On instaure :

- un blocage bimaxillaire par arcs vestibulaires et ligatures.

L'extraction de g3 est envisagée, mais il

est décidé d'y surseoir jusqu'à la consolidation.

Le malade est mis aux antibiotiques.

IV.- Evolution :

Le 18 juin, les deux fragments sont encore mobiles. La contention est laissée en place.

Le 21 juillet, la consolidation est acquise, la contention est supprimée et, fait important, toutes les dents réagissent aux agents thermiques, y compris la canine inférieure gauche que l'on devait extraire.

Le 24 juillet, on pratique la résection apicale de g3.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture totale du maxillaire inférieur.

Traité par contention simple et antibiotiques.

Il n'y a pas eu de traitement dentaire avant la consolidation osseuse, malgré une fracture apicale.

Les dents étaient restées vivantes.

° °

OBSERVATION X

I.- Circonstances de l'accident :

M. P..., âgé de 24 ans, est vu le 3 avril 1955, après un accident de la circulation.

II.- Examen :

A l'examen maxillaire, on note :

- une fracture l'angle gauche,
- une fracture paramédiane entre d2 et d3.

A l'examen dentaire :

- d2 est très mobile
- les tests thermiques sont douteux.

III.- Traitement :

On installe un blocage bimaxillaire par ligatures d'IVY.

IV.- Evolution :

Le 4 mai la fracture paramédiane n'est pas consolidée.

d2 est toujours très mobile mais répond aux agents thermiques.

Le 6 mai, les ligatures sont supprimées et remplacées par un arc, enlevé à son tour le 21 mai.

Le 2 juin, le malade est revu.

L'état est très satisfaisant.

d2 et d3 sont vivantes.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture totale inférieure.

Traitée par contention simple.

Sans antibiotiques.

Il n'y a pas de traitement dentaire.

Les dents sont restées vivantes.

OBSERVATION XI

(d'après GOUBARD)

I.- Circonstances de l'accident :

Le 15 septembre 1947, M... C... fait une chute de plusieurs mètres.

II.- Examen :

Examiné vingt jours après son accident, il présente :

a) A l'examen maxillaire :

- un trait de fracture passant entre les incisives centrale et latérale gauches.

b) A l'examen dentaire :

- g1 et g2 sont extrusées et très mobiles. On pourrait les retirer sans peine en les prenant entre le pouce et l'index.

III.- Traitement :

Le 1er octobre, la fracture est réduite par blocage bimaxillaire avec des ligatures d'IVY.

Les deux incisives sont remises à leur place sans espoir de succès et en attendant de les extraire.

IV.- Evolution :

Le 10 novembre, devant les bons résultats obtenus (dents dans leurs alvéoles, muqueuse normale), on libère les maxillaires.

Les fragments de la fracture et les incisives sont toujours mobiles.

Les incisives sont trépanées et traitées par ionophorèse.

Deux nouvelles applications d'ionophorèse

sont faites les 15 et 20 novembre, puis les canaux sont obturés.

A partir de ce moment, on assiste à une marche accélérée de la consolidation.

Le 12 décembre la consolidation est acquise; une radiographie montre les dents conservées et obturées.

Un récent examen confirme ces résultats.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture totale, paramédiane.

Traitée sans l'aide des antibiotiques.

Les dents, mortifiées, sont traitées avant la consolidation.

°°

OBSERVATION XII

(d'après GOUBARD)

I.- Circonstances de l'accident :

Le 31 décembre 1949, M.. M... est amené à la suite d'un accident de moto.

II.- Examen :

On note :

A l'examen maxillaire :

- une fracture de l'angle droit.
- une fracture condylienne droite.
- une fracture paramédiane gauche dont le trait passe entre la centrale et la latérale.

A l'examen dentaire :

- g2 est extrusée.

III.- Traitement :

Le 2 janvier, les fractures sont réduites et immobilisées par des ligatures d'IVY.

g2 est remise dans son alvéole mais dépasse légèrement le plan d'occlusion.

IV.- Evolution :

Le 24 janvier, les maxillaires sont libérés. On constate la mobilité des fragments et des incisives.

Les dents sont trépanées et subissent une application d'ionophorèse.

Nouvelles séances les 3 et 7 février, puis obturation des canaux.

Le 27 février, la fracture et les incisives sont consolidées. Le bord incisif de la latérale est meulé, la dent dépassant toujours le plan d'occlusion.

Le 10 avril 1954, une radiographie confirme les résultats satisfaisants.

V.- Intérêt de l'observation :

Il s'agit d'une fracture totale, paramédiane.

Traitée sans antibiotiques.

Les dents, mortifiées, sont traitées avant la consolidation.

° °

OBSERVATION XIII

(d'après GOUBARD)

I.- Circonstances de l'accident :

Le 19 décembre 1950, Madame V... fait une chute du premier étage.

II.- Examen :

Elle présente :

A l'examen maxillaire :

- une fracture de l'angle droit.
- une fracture latérale dont le trait passe entre la latérale et la canine gauches.

III.- Traitement :

Le 22 décembre, on pratique la réduction et le blocage.

IV.- Evolution :

Le 12 janvier on libère la malade. Une mobilité persiste au niveau de la fracture paramédiane. Les deux incisives sont trépanées et soumises à une application d'ionophorèse.

De nouvelles applications ont lieu :

- le 29 janvier,
- le 6 février, suivies de l'obturation des canaux,
- le 14 février les fractures sont consolidées.

La malade est revue le 12 avril 1954 avec des résultats très satisfaisants.

V.- Intérêt de l'observation :

C'est notre seule observation intéressant une femme.

Il s'agit d'une fracture totale, paramédiane, traitée sans antibiotiques.

Comme dans les deux observations précédentes, de GOUBARD, les dents, mortifiées, sont traitées par l'ionophorèse, avant la consolidation.

DISCUSSION

-:-

Que prouvent ces observations ? Est-il possible d'en dégager un intérêt d'ordre général ? On peut tenter d'ébaucher une étude statistique et de voir quelles conditions paraissent nécessaires à la conservation de telles dents.

I.- Dans le British Dental Journal, KRONNER démontre que la conservation des dents dans les traits de fracture ne peut être obtenue que sous certaines conditions. S'appuyant sur 690 cas, il pense que peuvent intervenir :

- l'âge et le sexe du blessé,
- la classe de la fracture,
- l'âge de la fracture,
- enfin et surtout l'état de santé des dents avant l'accident.

II.- A la lumière des quelques observations précédentes, nous tenterons de vérifier ces différentes conditions.

a) En ce qui concerne l'âge du blessé, il semble se situer avec un maximum de fréquence vers 25 à 30 ans. Ce fait est lié à l'étiologie, les adolescents et les adultes jeunes étant plus exposés aux traumatismes (sports, rixes, accidents).

Mais des sujets de 10 et 54 ans ont consolidé avec autant de bonheur.

Chez le jeune enfant, cependant, la présence des dents temporaires ajoute un facteur sup-

plémentaire d'inquiétude, la crainte de voir léser les germes définitifs.

b) Quant au sexe, il apparaît d'emblée comme évident que le sexe masculin fournit la majorité, pour ne pas dire la totalité de ces fractures.

Là aussi, c'est à l'étiologie qu'il faut en demander la raison.

Mais, dans l'observation 13, qui intéresse une femme, les processus de consolidation et de guérison ne sont pas moins satisfaisants. Il n'y a du reste aucune raison, physiologiquement valable, à une différence évolutive.

c) La classe de la fracture ne semble pas intervenir. Le parallèle que nous avons mené entre les fractures totales et les fractures alvéolaires, puis entre les fractures alvéolaires supérieures et inférieures, a montré que, ni les unes ni les autres, n'avaient offert plus de difficultés.

d) L'âge de la fracture peut intervenir et nous verrons au chapitre "Conduite à tenir" les difficultés de réduction pour les fractures alvéolaires vues tardivement. Nous admettons donc avec KRONNER que "plus l'immobilisation est pratiquée tôt, plus les chances de réussite sont nombreuses".

On évite ainsi :

- des lésions osseuses difficilement réversibles,
- de mauvais débuts de consolidation,
- des poussées infectieuses défavorables.

e) Il reste à considérer l'état des dents avant l'accident.

Dans presque toutes nos observations, les dents étaient vivantes avant le traumatisme. Après, il fut nécessaire de dépulper dans sept cas.

Cinq malades par contre gardèrent leurs dents vivantes ce qui est une éventualité très encourageante.

Dans un seul cas, enfin, les incisives inférieures étaient déjà mortifiées (observation 6) et la radiographie découvrait des lésions apicales chroniques.

Malgré un préjugé défavorable, les dents furent conservées.

III.- Le petit nombre d'observations que nous avons présentées ne saurait en aucun cas infirmer les 690 expériences de KRONNER, mais il semble pourtant que cette classification soit trop rigoureuse.

Il n'y a aucune raison pour que le sexe, la classe de la fracture, voire même l'état des dents avant l'accident, aient une influence déterminante, restriction faite des dents touchées par une polyalvéolyse.

IV.- On a pu être frappé, par ailleurs, après l'étude des observations, du temps, souvent long, dépassant parfois deux mois, demandé pour la consolidation. C'est le cas pour les observations 2, 6 et 7.

Ce retard de consolidation est-il imputable à la persistance des dents ? On ne saurait l'affirmer ni le nier. Toujours est-il que les lésions osseuses ont fini par consolider et que les dents sont restées en place sur l'arcade.

DIAGNOSTIC

--

Il est capital, avant tout acte thérapeutique, de dresser un bilan exact des lésions alvéolaires et dentaires par la clinique et la radiographie et de préciser avec un soin tout particulier la vitalité des dents intéressées.

I.- La clinique.

Nous avons vu que les fractures alvéolaires se manifestent surtout par des signes dentaires.

Les dents sont douloureuses, mobiles, parfois déplacées. Mais :

S'agit-il d'une fracture alvéolaire ?

S'agit-il plutôt d'une luxation incomplète ?
d'une fracture radiculaire ?

II.- La radiographie :

Seule la radiographie pourra trancher. Une radiographie doit toujours être pratiquée, aussi bien pour préciser les lésions osseuses que pour rechercher les fractures dentaires concomitantes.

Encore faut-il savoir que le trait est souvent à peine visible et que les clichés (films intrabuccaux) offrent de grosses difficultés d'interprétation.

Au maxillaire inférieur, il faut se souvenir que l'obliquité du rayon incident par rapport à la plaque peut faire confondre le trait avec un dépôt de tartre linéaire et discret.

Au maxillaire supérieur, il est impossible de déceler un trait palatin souvent surajouté.

III.- La vitalité des dents.

Sa recherche est un acte important avant l'instauration du traitement. Mais il ne faut pas se hâter de conclure sur un seul examen. Des erreurs sont possibles.

D'abord, la dent peut être en état de choc, donc insensible, mais elle retrouvera plus tard sa sensibilité normale.

L'examen peut aussi être négatif sur des dents hypercalcifiées comme sur des dents situées au voisinage d'un foyer d'ostéite, qui peuvent présenter une anesthésie passagère.

Il faudra donc répéter les examens et toujours comparer les résultats avec ceux obtenus sur des dents homologues saines.

CONDUITE A TENIR

-:-

Le bilan des lésions alvéolaires et dentaires est fait. Il faut maintenant les traiter.

La ligne de conduite est simple.

- Dans un premier temps, il faut réduire et contenir la lésion osseuse.

- Dans un second temps, après la consolidation osseuse, il faut entreprendre le traitement dentaire.

I.- Conduite à tenir envers la lésion osseuse.

a) La fracture est sans déplacement.

Un système de contention simple suffira. On utilisera un arc vestibulaire relié à un ou deux groupes dentaires fixes. Les dents luxées ou mobiles sont alors attachées par des ligatures métalliques sur l'arc d'immobilisation qu'on laissera en place trois semaines ou un mois.

b) Il existe un déplacement.

1° - Si l'on intervient assez tôt, la réduction se fait très simplement. On peut utiliser :

- la reposition manuelle,
- les ligatures en échelle, réunissant un bloc dentaire de deux ou trois dents de chaque côté du fragment mobile. La torsion successi-

ve et progressive des différents fils donnera une tension énergique et une fixité très grande.

2° - Si la fracture n'a pas été réduite immédiatement, plusieurs cas peuvent se présenter :

- Le déplacement se fait en dedans : on utilisera un arc vestibulaire solidement fixé. Les dents sont ramenées en place par l'intermédiaire d'une traction élastique. En quatre ou cinq jours, la réduction est faite. Les dents sont alors fixées solidement à l'arc par des ligatures métalliques.

- Le déplacement s'est fait en dehors : là encore il faudra faire la réduction par l'intermédiaire de tractions élastiques tendues d'une héli-arcade à l'autre du même maxillaire.

- Le déplacement se fait dans le sens vertical : on utilisera un arc tuteur vestibulaire, mais cet arc sera courbé en forme de potence et fixé solidement de chaque côté sur les fragments résistants du maxillaire. Une forte traction est exercée sur l'ensemble des dents égressées par l'intermédiaire d'élastiques fixés :

- d'une part sur la portion de l'arc courbée en forme de potence,

- d'autre part, sur des bagues placées sur les dents qu'on veut mobiliser.

Une fois la réduction obtenue, l'arc est rendu de nouveau rectiligne et les dents sont maintenues pendant la période de consolidation à l'aide de ligatures métalliques.

On peut aussi utiliser la réduction par blocage bi-maxillaire. Le fragment abaissé forme

cale. Des ligatures sont placées sur les deux fragments qui n'ont pas été mobilisés. Et l'on tend à rapprocher les deux maxillaires. En quelques jours, la réduction est complète.

II.- Traitements adjuvants.

a) Simultanément on commencera la désinfection de la cavité buccale par des écouvillonnages à l'eau oxygénée et des lavages au bock avec une solution de Dakin.

b) Faut-il mettre le blessé aux antibiotiques ? Il est préférable de ne pas être trop systématique à ce propos. On ne doit employer les antibiotiques que dans les cas vraiment utiles et ne pas épuiser les armes dont nous disposons actuellement.

L'antibiothérapie sera commandée par les risques infectieux locaux. Encore avons-nous vu, dans l'observation 6, une fracture alvéolaire consolider sans antibiotiques, malgré l'existence de foyers apicaux anciens. Néanmoins, et pour mettre toutes les chances de notre côté, l'antibiothérapie sera systématique s'il existe des lésions apicales.

III.- Conduite à tenir envers les lésions dentaires.

a) Les dents mortifiées seront traitées après la consolidation osseuse, à moins que des incidents infectieux n'obligent à le faire au cours de la consolidation. L'obturation des canaux se fera suivant les procédés habituels ou avec l'aide des agents physiques.

L'ozone semble avoir une action intéressante.

Quant à l'ionophorèse, elle a été utilisée

avec succès par GOUBARD (observations 11 - 12 et 13).

b) Pour les dents fracturées :

Si la fracture siège au tiers cervical, il faut extraire.

Si la fracture siège au tiers apical, on peut pratiquer une résection de l'apex.

La résection apicale est une intervention bien codifiée sur laquelle nous ne reviendrons pas, si ce n'est pour quelques détails.

Il faut savoir que les curetages périapicaux sont plus délicats à réaliser au maxillaire inférieur. La table externe est plus dense ; les canaux des incisives sont souvent excessivement fins et demandent un alésage progressif et méthodique.

Pour les foyers multiples (observation 6), le curetage peut être simultané. Trois ou quatre curetages peuvent être réalisés aisément ; à la condition que chaque dent ait eu, au préalable, son canal exploré et alésé.

c) Il va sans dire que les dents restées vivantes seront surveillées minutieusement et traitées à la moindre modification de leurs réactions thermiques et électriques.

d) Enfin, pour compléter la thérapeutique dentaire, nous avons souvent été amenés à pratiquer un meulage de l'articulé, meulage qui s'est toujours révélé très efficace. Mais il faut agir avec prudence et ne pas oublier que la mortification peut se produire du fait de l'échauffement par un meulage intempestif. Ce qui est d'autant plus à redouter que la dent est déjà

traumatisée et mobile.

Un maintien ferme de la dent avec deux doigts.

Un bon point d'appui.

Un meulage discret, en procédant par petites touches, sous un jet continu d'eau froide permettent de mener à bien cette opération, sans risque pour la vitalité pulpaire.

-:-

CONCLUSIONS

-:-

Si les fractures des maxillaires intéressant le rebord alvéolaire incisivo-canin sont très fréquentes, nous avons vu qu'elles sont souvent négligées et jouissent d'une mauvaise renommée quant à la conservation des dents intéressées surtout au maxillaire inférieur.

On leur oppose une thérapeutique radicale, l'ablation du fragment osseux mobile, et l'extraction des dents adjacentes.

Pourtant la conservation des dents situées dans le trait de fracture est possible et souhaitable tant du point de vue esthétique que fonctionnel.

Pour atteindre ce but, il est indispensable :

- d'établir un bilan exact et précis des lésions alvéolaires et dentaires,
- d'étayer un pronostic valable,
- de conduire à bien les différentes phases du traitement : réduction et contention de la fracture maxillaire, antibiothérapie éventuelle, puis traitement dentaire approprié : pulpectomie, résection apicale ou simple meulage de l'articulé.

Il faudra donc faire preuve d'un esprit très conservateur. Connaissant les possibilités de la prothèse, on sera souvent tenté par l'extrac-

tion et l'appareillage. Rappelons-nous alors cet avis de BELIARD : "Loin de constituer un idéal, la prothèse doit plutôt demeurer une solution extrême, dont les progrès de la technique opératoire devraient limiter de plus en plus les indications".

-:-

Vu :
Le Président :
signé : M. DECHAUME

Vu :
Le Doyen :
signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
signé : Jean SARRAILH.

BIBLIOGRAPHIE

-:-

AUBRY et FREIDEL

Chirurgie de la face et de la région maxillo-faciale
(Masson) 1942

BATAILLE

Les lésions traumatiques de l'étage moyen de la face.
Actualités Odonto-Stomatologiques
N° 1. 1947 (Prélat)

BUDIN

La prothèse provisoire dans la réduction et la contention des fractures et fracas du maxillaire inférieur
Thèse Paris 1954 (Maloine)

DECHAUME

Précis de Stomatologie 1949 (Masson)

GERARD MAUREL

Chirurgie maxillo-faciale
1931 (Editions de la Semaine Dentaire)
Paris

GOUBARD

Rapport du IIème Congrès International d'Odonto-Stomatologie d'Oran, 1954 (Prélat)

LACAISSÉ, BERCHER, FARGIN-FAYOLLE, FLEURY, FRIEZ
Pathologie dentaire. La Pratique Stomatologique 1949 (Masson)

MUGNIER

Contribution à l'antibiothérapie. Notions
actuelles applicables aux infections sto-
matologiques.

Actualités Odonto-Stomatologiques N° 29
mars 1955 (Prélat)

PONROY et PSAUME

Restauration et prothèse maxillo-faciale
1935. La Pratique Stomatologique (Masson)

REGNIER

Contribution à l'étude du traitement des
fractures des maxillaires. Conduite à
tenir au sujet des dents en rapport avec
le trait de fracture.

Thèse Paris 1956.

RENARD, DANIN et DELIBEROS

Odontologie de Septembre-Octobre 1948

ROCHETTE

La pratique chirurgicale bucco-dentaire
et maxillo-faciale

1941 Louis-Jean éditeur (Gap)

THIBAUT et PARANT

Petite chirurgie de la bouche

(Expansion Scientifique Française) 1949

VERGORA Edwards

Revista Odontologica, mai 1952

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

